FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1900 — **THÈSE** — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Novembre 1900, à 1 heure.

ÉTUDE CLINIQUE
DES
POLYPES DU MÉAT URINAIRE
CHEZ LA FEMME

PAR **Emile LEROY**.

Président : M. TERRIER, *Professeur*.

Juges :
- M. TILLAUX, *Professeur*.
- M. LEJARS, M. WALTHER, *Agrégés*.

PARIS.
INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE.
93, Boulevard Saint-Germain, VI.

1900.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1900 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Novembre 1900, à 1 heure.

ÉTUDE CLINIQUE

DES

POLYPES DU MÉAT URINAIRE

CHEZ LA FEMME

Par **Emile LEROY**.

Président : M. Terrier, *Professeur*.

Juges : M. Tillaux, *Professeur*.
M. Lejars, M. Walther, *Agrégés*.

PARIS.

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE.
93, Boulevard Saint-Germain, VI.

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen............ M. BROUARDEL.

Professeurs............	MM.
Anatomie....................................	FARABEUF.
Physiologie....................................	Ch. RICHET.
Physique médicale....................................	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale............	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale....................	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales............	BOUCHARD.
Pathologie médicale....................................	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale....................................	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique....................................	CORNIL.
Histologie....................................	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils....................................	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale............	POUCHET.
Thérapeutique....................................	LANDOUZY.
Hygiène....................................	PROUST.
Médecine légale....................................	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie........	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale...........	CHANTEMESSE.
Clinique médicale....................................	N.... JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants...............	GRANCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale....................................	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses..................	RAYMOND.
Clinique chirurgicale....................................	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. TERRIER.
Clinique ophtalmologique....................................	PANAS.
Clinique des voies urinaires....................................	GUYON.
Clinique d'accouchements....................................	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	MAUCLAIRE.	TUFFIER.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	VAQUEZ (AND.)
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	POIRIER.	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	RETTERER.	WALTHER.
BROCA (AUG.)	LANGLOIS.	ROGER.	WEISS.
BROCA (ANDRÉ).	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHARRIN.	LEGUEU.	TESSIER.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	THIERY.	
Pierre DELBET.	LETULLE.	THIROLOIX.	
DUPRÉ.	MARFAN.	THOINOT.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

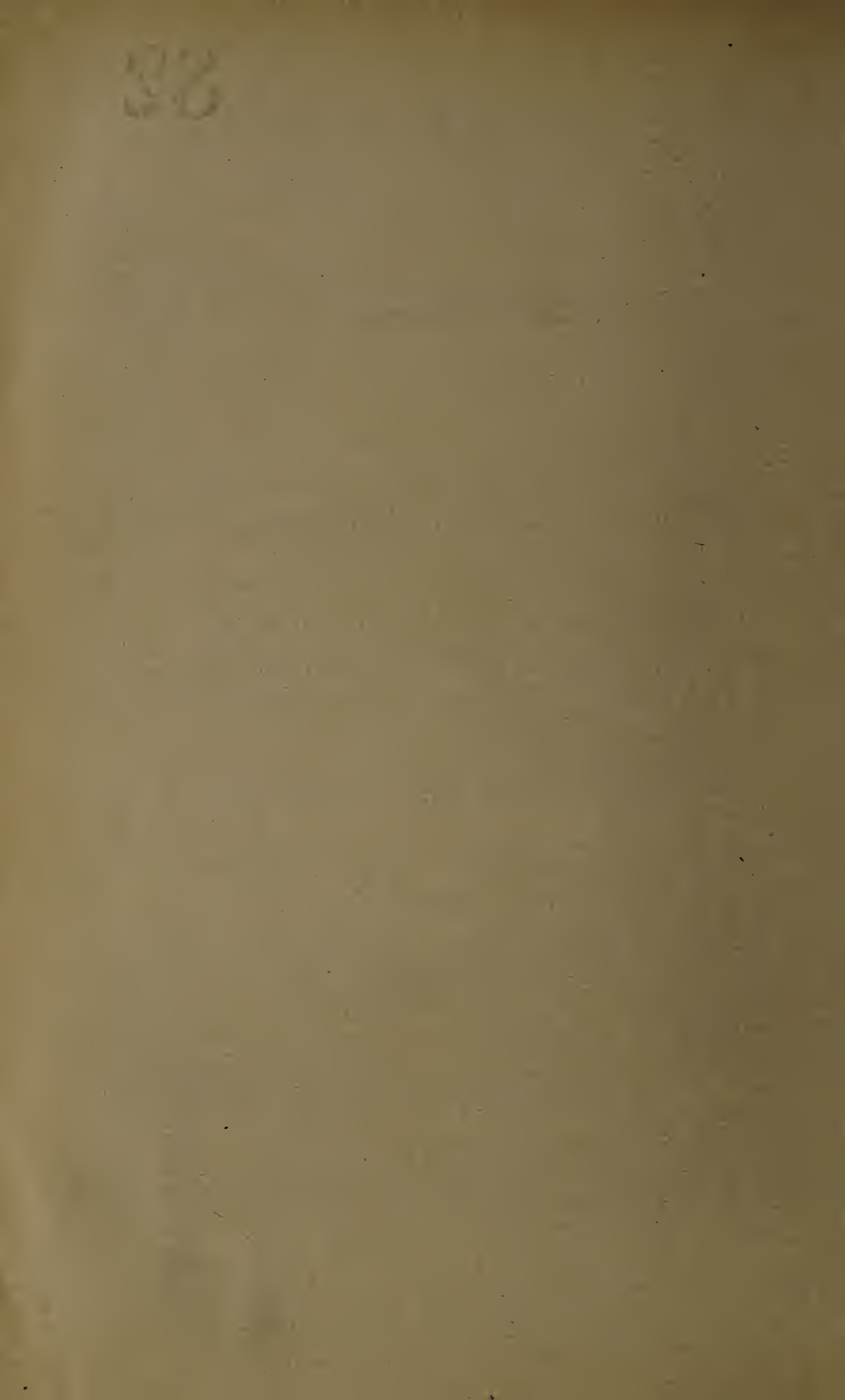
AVANT-PROPOS

Que M. le Pr Terrier daigne agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

L'idée première de ce modeste travail revient à M. H. Delagénière, du Mans. C'est à lui que nous devons la technique opératoire exposée et les observations publiées à la fin de cet ouvrage.

Nous l'assurons de notre entière reconnaissance.

Nous profitons avec plaisir de cette circonstance pour remercier M. Vaux, Interne, médaille d'or, ainsi que MM. Bernard, Mouchotte et Alexandre, Internes en chirurgie, de la bienveillance qu'ils nous ont souvent montrée.



CHAPITRE PREMIER.

État de la question. Historique.

L'urèthre de la femme est le siège fréquent de tumeurs dont les origines diffèrent.

Dans cette thèse, nous avons uniquement en vue une des variétés, celle qu'on rencontre le plus souvent et qu'habituellement on désigne sous le nom de : polype du méat.

Les polypes du méat sont des tumeurs plus ou moins pédiculées, de grosseur variable, ordinairement petites, formées aux dépens de la muqueuse uréthrale elle-même, ou de ses annexes.

Les anciens connaissaient peu ces tumeurs. Ils les appelaient caroncules, carnosités ou végétations (Ambroise Paré, Morgagni), et ignoraient leur véritable origine. Clarke et Petit les signalèrent, le premier sous le nom de tumeurs vasculaires du méat, le

second sous celui de fongosités. Desault en fit également mention dans ses leçons.

Toutefois, la première observation sérieuse est due à Boyer, et elle est rapportée dans la *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1836.

Peu de temps après, Velpeau étudia ces tumeurs et leur donna le nom de polypes. De 1843 à 1849, le Pr Schutzemberger, de Strasbourg, puis Bavoux, Forget, Thoré et Carru publièrent plusieurs travaux intéressants sur ce sujet. En 1883, Verneuil étudia ces tumeurs sous le nom de papillômes. Alphonse Guérin les décrivit sous le titre d'hypertrophies muqueuses. En 1865, Giraldès les appela tumeurs folliculeuses. Richet et Dupin, en 1872, leur donnèrent le nom d'hémorrhoïdes uréthrales.

Depuis cette époque, MM. Ranvier, Tillaux et plusieurs autres se sont occupés de la question.

CHAPITRE II.

Histologie et Anatomie pathologique des polypes du méat : Leurs causes. Leurs formes. Leur siège.

Malgré le grand nombre de médecins et de chirurgiens qui se sont occupés des polypes de l'urèthre, l'histologie de ces tumeurs laisse encore beaucoup à désirer. Les documents relatifs à ce sujet sont rares et ne concordent pas entre eux. Toutefois, après les lectures que nous avons faites sur cette question, nous pensons que l'on peut diviser les polypes du méat en : polypes muqueux, polypes vasculaires, polypes glandulaires, ou adénomes, polypes papillaires. — Ajoutons toutefois, dès maintenant, qu'en clinique, ces quatre types sont souvent réunis.

a). Les polypes muqueux simples sont formés par une hypertrophie partielle de l'épithélium uréthral.

Ce sont les plus rares. Ils ne se rencontrent guère que chez les jeunes filles, ou chez les vieilles femmes.

b). D'après Da Camin, bon nombre de polypes du méat sont de nature vasculaire.

« La nature vasculaire de ces tumeurs est prouvée, dit-il, par là congestion qu'un contact irritant, la marche, la station verticale y développent, par la coloration rouge et la délicatesse de leur texture, par la facilité et la promptitude de leur reproduction, par la rapidité avec laquelle elles se flétrissent, une fois étranglées à leur base. »

c). Les polypes glandulaires du méat, ou adénomes, sont rares.

La muqueuse uréthrale, pourvue de glandules en tube et en grappes, peut devenir le point de départ de petits adénomes. En 1865, Giraldès publia une observation relatant, dans le canal d'une petite fille, la présence de polypes folliculaires, développés dans l'espace sous-muqueux, par suite de la rétention de mucus dans les follicules. C'était une tumeur transparente et gélatineuse, et l'examen microscopique avait démontré l'hypergénèse des follicules de la muqueuse.

Plusieurs cas de cette sorte ont été rapportés.

Un fait relativement récent (1886), observé par

M. Troquart, et dans lequel l'examen histologique de la petite tumeur fut confié à M. Arnozan, ne laisse aucun doute à cet égard. Le microscope vint, en effet, démontrer qu'on avait affaire à un adénome tubulé, à cellules cylindriques.

d). Les polypes du méat sont le plus souvent développés aux dépens des papilles de la muqueuse.

Toutefois, il est rare de voir ces tumeurs formées uniquement par l'épithélium, ou par les vaisseaux, ou encore par les glandes, ou enfin par les papilles. Le plus souvent ces quatre types sont réunis.

En 1889, Dubar, dans le *Bulletin médical du Nord,* publia une observation relative à l'histologie d'un polype du méat.

« En résumé, écrit-il, le polype est formé par un tissu fibro-myxomateux, ne contenant aucune trace de nerfs, très vasculaire, recouvert par un épithélium cylindrique. Les divers éléments de la muqueuse uréthrale ont pris part à sa formation : épithélium, tissu muqueux, papilles et glandes, quelques-unes hypertrophiées. De plus, la présence de nombreux îlots de fibres musculaires lisses, tant dans la tumeur que dans son pédicule, indique que la couche musculeuse de l'urèthre a participé à sa formation ».

Citons encore, pour terminer cette question, l'observation suivante de MM. Binaud et Chavannaz, recueil-

lie dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1896, et relatée sous le titre de : Polype de l'urèthre chez une femme de 23 ans.

« ... Un fragment de la tumeur a été traité par la méthode de Golgi, pour la recherche des nerfs. On a traité de la même façon la portion de la muqueuse cérébrale où se faisait le point d'implantation. Il n'existe de filets nerveux que dans ce dernier point : le polype paraît en être dépourvu. Au point de vue histologique, après fixation par le sublimé, la tumeur est constituée par une végétation de la muqueuse de l'urèthre, et à la périphérie se trouve une bordure très épaisse d'épithélium pavimenteux stratifié, qui pousse dans la profondeur du chorion des prolongements volumineux très découpés. Les papilles sont très accusées. La tumeur a, par places, l'aspect papillomateux. Le stroma du chorion est constitué par du tissu conjonctif jeune, muqueux, infiltré de cellules embryonnaires, parcouru par de nombreux vaisseaux gorgés de sang, et traversé çà et là par des suffusions sanguines récentes ou anciennes. Le point d'implantation est représenté par un repli de la muqueuse très papillaire. On ne trouve pas de glandes dans le corps de cette tumeur qui est un polype fibro-muqueux. »

Les polypes du méat se montrent chez la femme, surtout vers l'âge de 20 à 30 ans. Cependant ils peu

vent survenir dans un âge beaucoup plus avancé. Une femme de 78 ans fut opérée d'une de ces tumeurs par le Dr Dubar. On peut les rencontrer également chez les jeunes filles, et même chez les enfants.

Dans l'urèthre d'une petite fille de 4 ans, Giraldès trouva deux polypes pédiculés, dont le plus gros avait la forme et le volume d'un marron d'inde.

M. Rufz a également rencontré ces tumeurs chez des fillettes de 10 ans ; M. Roux, chez une jeune fille de 15 ans; M. Velpeau, chez une autre jeune fille de 16 ans.

Dans ce cas, si pour une raison quelconque, les polypes viennent à saigner, l'hypothèse d'un viol peut être admise par les parents. Toute la sagacité du médecin est alors nécessaire, et un examen sérieux de l'hymen est indispensable pour prévenir de grossières erreurs.

Les anciens, qui connaissaient peu ces tumeurs, leur attribuaient à tort une origine syphilitique.

Chez les enfants et chez les jeunes filles les polypes du méat peuvent se produire sans raison apparente, mais sont ordinairement causés par la malpropreté des organes génitaux ou encore par la masturbation.

Chez les femmes adultes, ces tumeurs se sont quelquefois montrées après un écoulement blennorrhagique. La leucorrhée peut également les produire. Mais le

plus souvent les polypes du méat n'ont pour cause que la vitalité même des organes génitaux-urinaires, vitalité sans cesse modifiée et accrue soit par la congestion périodique que les menstrues y entretiennent, soit par l'exercice du coït qui en exalte la sensibilité.

Ces tumeurs ont ordinairement la forme et le volume d'un petit haricot, quelquefois d'une cerise, et même d'un marron. Chez une femme de 78 ans, le Dr Dubar a trouvé un polype de l'urèthre qui avait la grosseur d'une châtaigne.

Le Dr Desguin, d'Anvers, a opéré en 1895, une jeune fille de 17 ans qui portait dans le méat un polype pesant 160 grammes.

Certains polypes présentent une forme circulaire et s'étalent en entonnoir.

Le plus souvent, il n'existe qu'une tumeur. Quelquefois on en rencontre deux, ou davantage.

Les polypes du méat sont toujours pédiculés, mais le pédicule peut présenter une circonférence plus ou moins grande.

Sa base d'implantation est ordinairement située tout près de l'orifice. Parfois, elle se trouve à 9 ou 10 millimètres de profondeur.

Au début, ces polypes sont contenus dans le canal uréthral ; leur croissance est alors lente.

Mais, tôt ou tard, si on n'intervient pas, la tumeur

s'épanouit à l'extérieur, et présente une surface granuleuse, multilobée, qui toujours s'accroît et s'ulcère.

Dans ce cas, le méat et l'orifice vaginal peuvent être en partie cachés par le polype.

On a rencontré ces tumeurs sur la paroi supérieure du canal, ainsi que sur la paroi latérale. Elles sont situées le plus souvent à la partie inférieure de l'urèthre.

Huguier attribuait ce siège de prédilection à l'hypertrophie fréquente de la petite crête raphéale, dont Jarjavay a signalé la grande vascularité.

CHAPITRE III.

Symptômes.

Les polypes de l'urèthre peuvent exister pendant longtemps sans attirer l'attention des femmes qui en sont atteintes. Les adénomes, surtout, qui sont peu douloureux, n'ont souvent été découverts qu'accidentellement par le chirurgien qui explorait les organes génitaux dans un tout autre but.

Toutefois, ces cas sont rares.

Au début, la femme s'aperçoit d'un peu de gêne dans l'émission des urines. Cette gêne augmente graduellement, et la malade finit par éprouver la sensation d'un corps étranger qui existerait dans l'urèthre.

Le jet d'urine devient moins volumineux : il est parfois très fin et divisé : la femme « pisse fourchu » comme disait Ambroise Paré. Le besoin d'uriner se fait plus fréquemment sentir.

Un écoulement sanguin se manifeste alors, et augmente de plus en plus, au point de tacher presque constamment le linge. Des tiraillements surviennent dans le bas-ventre et dans les aines. La miction devient chaque jour plus pénible et plus douloureuse.

Pendant le coït, les douleurs augmentent, et sont parfois intolérables.

C'est dans de telles conditions que le plus souvent les malades atteintes de polypes du méat, viennent consulter un chirurgien.

CHAPITRE IV.

Diagnostic.

Les symptômes que nous venons de décrire, peuvent être attribués à une maladie de l'utérus ou de la vessie. On peut alors méconnaître leur véritable cause, et ne pas soupçonner un polype de l'urèthre. Aussi est-il sage, dans ces circonstances, avant de recourir au spéculum, d'examiner les organes génitaux externes de la femme, et même d'introduire une sonde dans le canal, afin de voir si son parcours est libre ou s'il n'est pas le siège d'une tumeur anormale. Le polype, en effet, peut être renfermé dans l'urèthre, et ne présenter aucun indice extérieur.

Il ne faut pas confondre les polypes du méat avec le prolapsus de la muqueuse uréthrale. Pour les différencier, on se rappellera que la position centrale du méat, l'absence de pédicule, la rareté de la dysurie, la médiocrité des phénomènes douloureux sont les signes

propres au prolapsus muqueux. Ajoutons toutefois que le prolapsus de la muqueuse uréthrale coïncide souvent avec les polypes du méat.

Il faut aussi se souvenir que l'urèthre de la femme peut être le siège de véritables hémorrhoïdes, bien étudiées par Richet dans ses cliniques, et qu'il ne faut pas confondre avec les polypes du méat.

La cystocèle uréthrale se reconnaît également, parce que la tumeur est libre dans le canal et manque d'orifice central.

Il ne faut pas confondre les polypes de l'urèthre avec le renflement charnu qui limite le méat urinaire de la femme, et qui sert de guide dans le cathétérisme.

Il faut également différencier ces polypes avec les végétations muqueuses d'origine génitale, qui sont situées au pourtour de l'urèthre. Ces dernières sont grisâtres et déchiquetées, et à leur base on sent un noyaux fibreux, qui caractérise leur origine suspecte. Les polypes, au contraire, sont rouges, globulés, souvent très mous, et cèdent à la pression.

Il faut enfin différencier ces polypes avec les tumeurs malignes de l'urèthre.

L'absence de toute assise dure, l'intégrité ganglionnaire, garantissent la bonne nature de la tumeur.

« Néanmoins, écrivent MM. Duplay et Reclus dans leur traité de chirurgie, chez une femme leucorrhéique

ou malpropre, une tumeur volumineuse, irritée par les causes locales, et macérée par l'humidité constante de la région, peut donner lieu à un suintement fétide, séro-purulent, et hémorragique. Des papillomes ont ainsi revêtu toutes les apparences des tumeurs malignes.

L'état des ganglions tributaires ne constitue pas même alors un indice de bénignité : des masses ainsi érodées et enflammées peuvent les influencer au même style que tout foyer inflammatoire. Vous avez la ressource d'ébarber d'un coup de ciseaux un échantillon de la masse, et de le soumettre à l'examen anatomo-pathologique. Prescrivez au surplus la bonne tenue antiseptïque de la lésion : bientôt la tuméfaction ganglionnaire retrocède, la surface s'assèche, et la qualité non cancéreuse de la masse s'affirme. »

Toutefois, pour pouvoir poser un diagnostic certain et sérieux, il sera souvent utile d'exciser une minime portion de la tumeur, et de la soumettre à l'examen microscopique, qui seul renseignera complètement sur l'histologie de la tumeur.

CAPITRE V.

Pronostic.

Au début, les polypes du méat n'offrent pas une gravité immédiate.

Mais au bout d'un certain temps, la dysurie, les douleurs, les suintements de sang peuvent rendre l'existence très pénible. De plus, ces tumeurs, sujettes à un accroissement graduel, peuvent se compliquer de cystite, d'uréthrite chronique et de génitalite. Ajoutons que l'uréthrocèle et le prolapsus de la muqueuse uréthrale sont souvent les conséquences des polypes du méat.

Enfin, le microscope a plusieurs fois montré la transformation épithéliomateuse d'un simple papillome, ce qui assombrit le pronostic.

Il faut donc intervenir le plus tôt possible, chaque fois que chez une femme on a posé le diagnostic de polype du méat.

CHAPITRE VI.

Traitements anciens et actuels des polypes du méat chez la femme.

Nombreux sont les procédés employés pour débarrasser les malades atteintes de cette affection.

Nous allons le plus brièvement possible les passer en revue, nous réservant d'insister dans un prochain chapitre sur ce que nous appellerons le traitement de choix.

A. — Citons pour mémoire le traitement médical. Garru employait un mélange de poudres de sabine et de sulfate d'alumine à parties égales. On saupoudrait de ce mélange les polypes lorsqu'ils étaient extérieurs. La tumeur se flétrissait d'abord, puis, paraît-il, tombait définitivement. Coudmont touchait ces polypes avec un tampon imprégné d'eau blanche.

Bouloumié conseillait l'emploi de l'eau de Vittel à l'intérieur. D'après lui, de grandes améliorations, et

même des guérisons furent obtenues par ce traitement.

Dans certains cas, peut-être, le procédé médical a pu donner de bons résultats, mais en général, nous ne lui accordons qu'une efficacité illusoire.

B. — Le traitement chirurgical des polypes du méat comprend : la torsion, la ligature, la cautérisation et l'excision.

1° L'arrachement, par torsion, de ces polypes, a été rarement employé, si ce n'est pour tumeurs nettement pédiculées et peu vasculaires.

L'hémorrhagie consécutive, les déchirures, les rétrécissements qui peuvent survenir après l'opération, sans compter la récidive fréquente, ont fait de nos jours abandonner ce procédé.

2° La ligature consiste à enserrer fortement le pédicule de la tumeur au moyen d'une anse de fil solide. Le polype tombe au bout de 3 ou 4 jours.

Ce procédé a été employé avec succès par le professeur Schutzemberger. Il a l'avantage de ne pas effrayer les malades et d'éviter l'hémorragie. Toutefois c'est un procédé lent, qui ne peut s'appliquer qu'aux tumeurs nettement pédiculées, et qui est difficile à mettre à exécution si le polype est petit, et surtout si sa base d'implantation est située profondément dans

l'urèthre. De plus, après l'opération, un morceau de pédicule subsiste toujours et peut devenir le point de départ d'une nouvelle tumeur.

Da Camin, dans la *Gazette médicale de Paris*, 1843, rapporte l'observation d'une malade, souffrant d'un polype du méat, et qui n'avait voulu se soumettre qu'à la ligature. L'excroissance ne put, malgré deux opérations sucessives, être complètement détruite. Il n'y eut que demi soulagement. Pour tous ces motifs, avec Voillemier, nous considérons la ligature comme un procédé peu recommandable.

3o La cautérisation est une opération à laquelle on a eu beaucoup recours pour enlever les polypes de l'urèthre et qui compte encore plusieurs partisans.

Anciennement, on se servait de l'acide azotique, en ayant soin de protéger les parties environnant la tumeur. Plusieurs chirurgiens ont employé le fer rouge moyen rapide et énergique. Le nitrate d'argent a longtemps été en usage. De nos jours on se sert du thermocautère, de préférence.

M. Tillaux recommande beaucoup de prudence dans l'emploi de ce procédé, car il faut toujours redouter les rétrécissements cicatriciels de l'urhètre. Du reste, bon nombre d'observations publiées sur ce sujet ont prouvé que cette crainte n'est pas chimérique.

4° L'excision est certainement préférable aux trois procédés indiqués ci-dessus. Les ciseaux ou le bistouri sont les deux instruments employés d'ordinaire. Si la tumeur siège à l'entrée du canal, une petite pince tenue ouverte suffit pour maintenir le méat béant : on attire la tumeur et on l'excise. Mais dans le cas de polype circulaire, l'excision devient une opération délicate, car on peut redouter un rétrécissement post-opératoire du méat. C'est également une opération difficile, lorsque la base d'implantation du polype est profondément située dans l'urètre. Dans ce cas, il faut inciser le canal, non sur sa partie inférieure, car là est implanté le polype, mais latéralement, suivant Reliquet, sur la ligne médiane, suivant Demarquay.

Quel que soit la situation du pédicule du polype, le danger de l'excision simple est l'hémorragie consécutive à l'opération, et qui se manifeste presque toujours intérieurement. Pour l'éviter, on peut cautériser la base d'implantation du polype. Toutefois, pour les motifs que nous avons exposés, lorsque nous avons parlé de la cautérisation, il nous semble préférable, pour prévenir l'hémorragie, de placer une sonde à demeure dans l'urèthre, pendant un certain temps, après avoir excisé la tumeur, ou encore de pratiquer le tamponnement du vagin pendant quelques heures après l'opération. Ajoutons que l'excision ne met pas à l'abri

des récidives. Nous avons lu dans la *Gazette médicale de Paris*, 1843, une observation de Da Camin, rapportant qu'il fallut une ligature, puis consécutivement deux excisions, pour guérir une femme de 20 ans d'un polype de l'urèthre.

CHAPITRE VII.

Traitement de choix.

Résection de la terminaison de l'urèthre et du méat urinaire.

(Procédé de M. H. Delagénière, du Mans).

Les moyens de traitement que nous venons d'exposer sont faciles et à la portée de tous. Mais, outre les inconvénients particuliers à chacun d'eux et que nous avons énumérés, aucun de ces procédés ne met à l'abri des récidives. Pour preuve, il suffira de lire les observations publiées dans le chapitre qui va suivre.

De plus, avec les polypes du méat coïncide souvent un prolapsus de la muqueuse uréthrale, prolapsus presque toujours secondaire, dû à l'irritation constante de la muqueuse par la tumeur, et à la conséquence de l'obstacle mécanique causé par cette dernière.

La muqueuse uréthrale, par suite de son contact

permanent avec le polype, se boursoufle, puis prolabe au dehors. L'obstacle étant double, l'effort de miction augmente. Alors, sous la pression du liquide, si pour une raison quelconque, le canal de l'urèthre a été affaibli dans un point de son trajet, il adviendra que le canal cèdera dans cette partie comprimée et plus faible. L'uréthrocèle est alors constituée.

« Il résulte de ces considérations pathogéniques, écrit M. H. Delagénière, à l'amabilité duquel nous devons ces notes, que le même traitement chirurgical doit être appliqué dans ces trois ordres de faits, et qu'*à priori* le traitement chirurgical doit d'abord supprimer l'obstacle à l'écoulement de l'urine, c'est-à-dire supprimer le polype et la muqueuse, et enfin, porter remède, s'il y a lieu, au défaut de tonicité d'une portion de l'urèthre. C'est parce qu'ils ne remplissent pas ce triple but que les différents traitements préconisés sont le plus souvent inefficaces, et que la récidive des accidents observés est presque la règle ».

Parlant de la ligature, de la cautérisation et de l'excision des polypes du méat, M. Delagénière ajoute : « Tous ces moyens ont l'inconvénient de n'enlever qu'une portion du mal. Le polype principal enlevé, d'autres plus petits, gênés par sa présence, se développent à leur tour, et la muqueuse malade continuera à préparer son prolapsus ».

Pour tous ces motifs, M. H. Delagénière, abandonnant les anciennes méthodes, emploie le procédé suivant, dont il décrit lui-même la technique opératoire en ces termes :

Technique opératoire. — La malade étant placée dans la position de la taille périnéale, les jambes fortement relevées, on découvre le méat en écartant les petites lèvres, et on explore avec soin l'urèthre.

Deux cas peuvent se présenter : avec les polypes du méat, il y a, ou il n'y a pas de dilatation de l'urèthre.

1° *Il n'y a pas d'uréthrocèle*. On pratique une incision en raquette, dont la boucle circonscrit le méat. et dont la queue descend sur la ligne médiane, dans la direction de l'urèthre, dans une étendue de 15 millimètres environ. Le méat, puis l'urèthre, sont alors disséqués avec précaution et isolés. Cette dissection peut se réduire à celle de la muqueuse seule, s'il n'y a pas de déformation trop considérable de l'urèthre. Dans le cas contraire, on devra disséquer plus largement, et enlever toute l'épaisseur du conduit.

Lorsque la dissection est terminée, on exerce sur le conduit disséqué des tractions douces et modérées, afin de se rendre compte de l'étendue de glissement dont il est capable. Cette descente de l'urèthre, comme dans le procédé de Whitehead pour les

hémorrhoïdes, doit être suffisante pour permettre la résection de toutes les parties malades de l'urèthre. Cette partie malade qui contient tous les polypes de la muqueuse prolabée, est sectionnée transversalement d'un coup de ciseaux. Il faut alors procéder à la suture de l'extrémité sectionnée de l'urèthre, aux bords de la plaie circulaire faite autour de l'ancien méat. Ces sutures seront faites à points séparés, de préférence avec des crins de Florence fins. Quatre ou cinq crins suffiront à cette suture.

Lorsque le nouveau méat sera ainsi reconstitué, on terminera l'opération par un ou deux points de suture sur la muqueuse vaginale incisée par la queue de la raquette au-dessous du méat.

2° *Il y a de l'uréthrocèle.* — L'incision aura alors la forme d'un 8, à boucle inférieure très allongée, et beaucoup plus considérable que la boucle supérieure. La boucle supérieure circonscrira en effet le méat urinaire, tandis que la boucle inférieure devra circonscrire la dilatation uréthrale, et même s'en écarter de quelques millimètres tout autour.

Le lambeau inscrit dans la boucle inférieure de l'incision sera disséqué et enlevé. Cette dissection se fera avec précaution, surtout sur la ligne médiane, pour ne pas ouvrir la dilatation de l'urèthre. Lors-

qu'elle sera terminée, et le lambeau enlevé, on disséquera avec soin le méat et la terminaison de l'urèthre. Cette dissection du conduit devra être poussée jusqu'à la dilatation de l'urèthre, et même empiéter un peu sur elle. A ce moment, la descente du conduit disséqué sera facile, et on verra la dilatation de l'urèthre disparaître sous le tronçon. Si cette dilatation était ampullaire, et si, par suite, elle ne disparaissait pas complètement, rien ne serait plus simple que de pratiquer une résection elliptique, suivie de suture, et de continuer l'opération comme d'habitude.

Lorsque l'urèthre est descendu, on résèque la partie exubérante, puis on reconstitue le méat, comme dans le cas précédent. Enfin, on suture le vagin comme dans toute colporrhaphie.

Soins consécutifs. — Dans aucun cas, on ne laisse de sonde à demeure. Le cathétérisme est habituellement pratiqué une ou deux fois, puis on laisse la malade uriner seule. On prescrit matin et soir une injection vaginale d'eau stérilisée. Enfin, on maintient sur la vulve, un bandage en T, avec un tampon de coton stérilisé. Le huitième jour, on enlève les fils, et le douzième jour, la malade est considérée comme guérie.

CHAPITRE VIII.

Observations.

Observation I (*Inédite*).

Polypes volumineux de l'urèthre. — Résection de l'urèthre. — Guérison.

Fillette de 7 ans, demeurant à Tennie (Sarthe), présente à l'orifice du méat urinaire une tumeur rouge vif, saignante, grosse comme une noisette, qui la fait horriblement souffrir pendant les mictions. Autour de la tumeur principale, qui paraît pédiculée près du méat, on peut voir des petits mamelons rouges; ces petits polypes sont seulement visibles quand on déplace la tumeur principale.

Ces polypes de l'urèthre ont été traités par des cautérisations au thermocautère, cautérisations restées sans résultat.

En raison de la présence des petits polypes qui tapissent la muqueuse de l'urèthre autour de la tumeur

principale, M. le Dr Delagénière décide de pratiquer la résection de la terminaison de la muqueuse uréthrale, qui contient seule des polypes.

Opération. — Le 13 novembre 1893, avec l'assistance du Dr Lucillieux, de Conlie. — Après anesthésie au chloroforme, le méat est circonscrit par une incision circulaire; la muqueuse uréthrale est disséquée et descendue dans une longueur de quinze millimètres environ. Les polypes sont ainsi entraînés avec la muqueuse, puis celle-ci est sectionnée transversalement. L'opération est terminée en fixant la muqueuse saine de l'urèthre à la muqueuse du vestibule, au moyen de points séparés au catgut

Les *suites opératoires* ont été des plus simples. La malade a uriné seule dès le soir de l'opération ; la guérison s'est effectuée sans incident, et s'est maintenue parfaite depuis.

Observation II (*Inédite*).

Polypes multiples du méat urinaire. — Résection de la terminaison de l'urèthre. — Guérison.

La nommée L..., âgée de 62 ans, habitant Le Mans, entre à la clinique du Dr H. Delagénière, pour de l'incontinence d'urine et douleurs vives pendant la miction. Elle a subi divers traitements, entre autres la cautérisation au thermocautère. Elle affirme qu'on lui a appliqué sur son méat de la pâte à cautère (caus-

tique de Vienne). Tous ces procédés sont restés sans effet. Les cautérisations faites au nitrate d'argent jusqu'au col vésical, ont seules produit une amélioration passagère à la malade.

Elle dit souffrir depuis l'âge de 40 ans.

Elle présente un méat entr'ouvert, déformé, à travers lequel on aperçoit des petits mamelons rouges d'aspect framboisé. Avec la sonde, on peut se rendre compte que ces mamelons occupent seulement le dernier centimètre de l'urèthre : les uns sont gros comme des pois, d'autres comme des grains de blé, la plupart sessiles saignent au moindre contact ; l'urine s'écoule goutte à goutte, et la malade est constamment mouillée.

Opération. — Le 1er décembre 1896, avec l'assistance du Dr Royer, M. Delagénière pratique la résection de la terminaison de l'urèthre, enlevant environ quinze millimètres du conduit. La descente du bout supérieur s'effectue facilement, et la suture au vestibule est faite au moyen de crins de Florence.

Suites très simples ; disparition de l'incontinence d'urine ; guérison radicale maintenue depuis.

Observation III (*Inédite*)

Polypes multiples de l'urèthre amenant de la rétention d'urine. — Résection de l'urèthre terminal. — Guérison.

La nommée L..., âgée de 63 ans, demeurant au Mans, est adressée à M. Delagénière par le Dr Vincent.

Elle souffre depuis deux ans de troubles urinaires. Depuis deux mois elle présente des crises douloureuses avec rétention d'urine. Localement, le méat est déformé et distendu par des tumeurs polypeuses resserrées les unes contre les autres, et présentant un aspect mûriforme; on passe difficilement, et au prix de douleurs vives, une sonde, à travers ces bourgeonnements jusque dans la vessie.

Opération. — Le 12 mai 1900, le Dr Delagénière pratique comme à l'ordinaire la résection de la terminaison de l'urèthre. Il résèque ainsi 2 centimètres de longueur du conduit, jusqu'à ce qu'il soit bien certain d'avoir dépassé toutes les parties malades.

Les suites sont simples, et la guérison est parfaite. La malade vidant mal sa vessie depuis quelque temps, il est indispensable de lui faire des lavages pour guérir sa cystite. Cette cystite est complètement guérie à la fin de juin. Depuis, excellente santé, miction normale.

Observation IV (*Inédite*).

Polypes et prolapsus de l'urèthre. — Résection de la terminaison de la muqueuse uréthrale. — Guérison.

La nommée D..., âgée de 51 ans, demeurant à Sillé-le-Guillaume, est envoyée à la clinique de M. Delagénière par le Dr Vincent.

Cette malade souffre beaucoup quand elle urine, parfois même ses mictions contiennent du sang. Elle présente au niveau du méat une tumeur rouge, saillante, grosse comme un haricot, et pédiculée sur la face inférieure de l'urèthre. La muqueuse du conduit fait issue à travers le méat, constituant un prolapsus circulaire complet.

Cette malade a été cautérisée à plusieurs reprises au thermocautère, et deux fois la petite tumeur a été touchée avec de l'acide chromique. Le résultat de ces divers traitements a été absolument négatif.

Opération. — Le 27 février 1896, la malade est anesthésiée avec de l'éther. Une incision circulaire est menée autour du méat, la muqueuse du conduit est disséquée et descendue, absolument comme la muqueuse du rectum dans l'opération de Whitehead pour les hémorrhoïdes. Cette descente de la muqueuse est arrêtée quand on est arrivé dans les parties saines, puis on la sectionne transversalement, enlevant à la fois la muqueuse et la tumeur. On termine l'opération en suturant par 4 ou 5 points de catgut la muqueuse descendue à la muqueuse du vestibule.

Les suites sont très simples; guérison sans incident maintenue en février 1898, dernière fois que la malade a été revue.

Observation V (*Inédite*).

Polypes de l'urèthre avec prolapsus de la muqueuse et fissures marginales. — Résection de la terminaison de l'urèthre. — Guérison.

La nommée J..., âgée de 42 ans, habitant Paris, est adressée à M. Delagénière, par le Dr Bolognesi, du Mans.

Cette malade souffre beaucoup lorsqu'elle urine ; elle a été soignée depuis deux ans par un grand nombre de médecins qui ont employé les cautérisations répétées au thermocautère, et à deux reprises l'excision des tumeurs les plus sensibles.

Le méat est déformé : en écartant les bords, on aperçoit des petites tumeurs framboisées, et un bourrelet circulaire formé par la muqueuse prolabée. Sur cette muqueuse, on découvre plusieurs fissures superficielles, qui sont le point de départ de cuissons insupportable pendant la miction.

Opération. — Le 11 décembre 1899, M. le Dr Delagénière pratique autour du méat une incision circulaire, puis dissèque et descend l'urèthre dans une longueur de 15 millimètres. Lorsqu'il est certain d'avoir dépassé la hauteur du mal, il sectionne l'urèthre transversalement, puis suture le conduit à la muqueuse vulvaire.

Les suites sont simples, et la guérison est parfaite. Le résultat s'était maintenu excellent plus de six mois après l'opération.

Observation VI (*Inédite*).

Polypes de l'urèthre et uréthrocèle. — Résection de la terminaison de l'urèthre. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 46 ans, habitant Sablé. Cette malade présente des troubles de la miction caractérisés par la dysurie et une cuisson constante dans le canal. A l'examen, on trouve le méat déformé, distendu par des polypes de la muqueuse, entassés les uns sur les autres, et constituant ensemble le volume d'une petite noisette. La pression exercée sur cette tumeur fait sourdre un liquide muco-purulent à travers les polypes et le méat. La malade a subi plusieurs cautérisations au thermocautère, et n'en a jamais éprouvé de soulagement.

Opération. — Le 14 novembre 1895, avec l'assistance de M. Vincent, le Dr Delagénière pratique l'opération suivante : Il mène une incision en forme de 8, dont une boucle, plus petite, circonscrit le méat, et une boucle plus grande fait le tour de la dilatation ovalaire de l'uréthrocèle.

M. Delagénière incise la muqueuse vaginale circonscrite par la boucle inférieure, en prenant soin de ne pas pénétrer dans la cavité de l'uréthrocèle. Puis, isolant le méat, il dissèque l'urèthre contenant les polypes, puis l'uréthrocèle. En exerçant une légère traction sur le conduit, celui-ci s'allonge : la dilatation de l'urèthre disparaît, et l'appareil reprend une forme rectiligne.

M. Delagénière résèque transversalement la portion

exubérante descendue, et fixe l'extrémité du conduit coupé à la muqueuse du vestibule. Ainsi fixé, l'urèthre paraît normal. L'opération est terminée en suturant le vagin sur la ligne médiane, de façon à former une bonne colporrhaphie antérieure qui puisse soutenir et maintenir l'urèthre.

Les suites sont très simples, tous les troubles de la miction disparaissent. M. Delagénière a eu l'occasion de revoir la malade, le 5 octobre 1900. L'état local était parfait, la guérison de l'uréthrocèle parfaitement maintenue, et on ne trouvait nulle part de polypes sur la muqueuse du méat.

Observation VII (*Inédite*).

Métrite, uréthrocèle récidivée et rectocèle. — Polypes de l'urèthre. — Curettage, colpo-périnéorrhaphie, et résection de la terminaison de l'urèthre.

Femme de 50 ans, opérée il y a 11 ans par le professeur Duplay. L'opération a consisté en une excision en côté, de Nulon, d'une portion de la poche et réunion. La malade fut momentanément soulagée, mais la dysurie recommença. Elle subit une nouvelle opération en 1896, et deux fois fut cautérisée au thermocautère pour des polypes de l'urèthre. Elle continua à souffrir en urinant, et vint consulter le Dr Delagénière en 1897. Ce chirurgien constata l'existence d'une métrite parenchymateuse, avec un 1er degré de prolapsus, accompagné de cystocèle et d'uréthrocèle,

et enfin d'affaissement du périnée. Le méat urinaire était entr'ouvert, et laissait apercevoir quelques productions polypiformes, qui avaient été énergiquement cautérisées. L'uréthrocèle enfin, s'était reproduite. En introduisant une sonde par le méat, on pénétrait dans une cavité située à environ un centimètre en arrière du méat ; cette dilatation, cependant, ne contenait pas de liquide purulent, quand on appuyait avec le doigt pour faire refouler le liquide par le méat.

Opération. — Le 3 juin 1894, le Dr Delagénière pratiqua l'opération suivante.

L'utérus est abaissé et curetté ; puis un large lambeau ovalaire, partant du col de l'utérus jusqu'au méat urinaire, est excisé, de façon à faire une large et solide colporrhaphie se prolongeant jusqu'au méat. Le méat est alors circonscrit par une incision, puis l'urèthre est disséqué dans une longueur suffisante pour dépasser la muqueuse malade, et atteindre la dilatation de l'urèthre. Lorsque l'urèthre est isolé, une légère traction rétablit son calibre normal : il suffit alors de réséquer la portion terminale et abaissée du conduit, puis de suturer la portion restante à la muqueuse de la vulve. La colporrhaphie est alors terminée. M. Delagénière pratique enfin une large périnéorrhaphie par dédoublement.

Les suites opératoires ont été très simples : la malade s'est rétablie complètement et n'a plus jamais souffert de la résection. Revue dernièrement, le résultat est resté parfait.

CONCLUSIONS.

I. — Les polypes du méat urinaire chez la femme sont des tumeurs d'un volume ordinairement égal à celui d'un pois ou d'une noisette, et munies d'un pédicule plus ou moins large. Situées à 2 ou 3 millimètres de l'orifice du méat, et sur la partie inférieure de l'urèthre, elles proviennent de l'épithélium, ou des vaisseaux, ou des glandes, ou des papilles de la muqueuse uréthrale. Le plus souvent, plusieurs ou toutes les parties constitutives de la muqueuse prennent part à la formation. Il peut n'exister qu'un polype : on en trouve fréquemment plusieurs.

II. — C'est surtout chez les femmes âgées de 20 à 30 ans que l'on rencontre ces petites tumeurs. On les voit aussi chez des femmes beaucoup plus âgées. Ega-

lement, les jeunes filles, et même les fillettes, peuvent être atteintes de cette affection.

Les polypes du méat ont pour cause la malpropreté, la blennhorragie, la leucorrhée, l'irritation des organes génitaux-urinaires produite par le flux menstruel ou le coït.

III. — Des douleurs dans le bas-ventre, la dysurie, la rétention d'urine; des suintements sanguinolents sont les symptômes ordinaires des polypes du méat.

IV. — Il ne faut pas confondre les polypes de l'urèthre avec le prolapsus de la muqueuse uréthrale. Mais on doit se rappeler que ce prolapsus n'est le plus souvent que la conséquence de ces polypes, et coïncide avec eux. Il faut aussi différencier ces polypes avec les hémorrhoïdes uréthrales, la cystocèle, les végétations muqueuses d'origine génitale, et enfin, avec les tumeurs malignes de l'urèthre.

V. — Il est nécessaire d'enlever le plus tôt possible les polypes du méat, qui, outre les souffrances qu'ils causent, peuvent donner entre autres complications, de la cystite, de l'uréthrocèle, du prolapsus muqueux.

Le traitement médical est illusoire. L'arrachement, la ligature, la cautérisation, l'excision, avec les incon-

vénients propres à chacun d'eux, ont tous le tort de ne pas mettre à l'abri des récidives. Il est donc préférable d'employer la méthode préconisée par le Dr Delagénière, du Mans, c'est-à-dire la résection de la terminaison de l'urèthre, et de la muqueuse uréthrale. Outre qu'il empêche la récidive, ce procédé permet de traiter radicalement, d'un seul coup, non seulement les polypes du méat, mais encore l'uréthrocèle, ou le prolapsus concomitant.

Vu, le Doyen :
P. BROUARDEL.

Vu :
Le Président de la Thèse,
TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE.

Rufz. — *Gazette médicale d Paris*, 1834.

Boyer. — Excroissance remarquable au bord inférieur du méat urinaire chez une femme ; opération. — *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1836.

Espezel. — *Bulletin de Thérapeutique*, 1843.

Da Camin. — Observations d'excroissance fongueuse naissant de l'urèthre chez la femme. — *Gazette médicale de Paris*, 1843.

A. Forget. — Quelques remarques sur les polypes de l'urèthre chez la femme, et leur traitement. — *Bulletin général de Thérapeutique*, Paris, 1844.

Thore. — Observation de polype de l'urèthre chez la femme. — *Gazette médicale de Paris*, 1847.

Garin. — Des polypes de l'urèthre chez la femme et de leur traitement. — *Gazette médicale de Lyon*, 1849.

Garru. — Des polypes de l'urèthre chez la femme et de leur traitement. — *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1849.

Velpeau. — Polypes de l'urèthre chez les femmes. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, Paris, 1850.

Secrétain. — Polype muqueux du méat urinaire. — *Rapport général de la Société des Sciences médicales de Gannat*, 1852.

Monod. — Polype de l'urèthre chez une femme. — *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1855.

A. P. Henry. — Des polypes de l'urèthre chez la femme. — *Thèse de Paris*, 1858.

Dubourg. — Des polypes du méat urinaire chez la femme. — *Abeille médicale*, Paris, 1860.

Guersant. — Un cas de polype de l'urèthre chez la femme. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris, 1861.

P. F. Velten. — Des polypes de l'urèthre chez la femme. — *Thèse de Paris*, 1862.

P. Zagiell. — Polype de l'urèthre chez la femme. Rétention d'urine. Ablation du polype. Guérison. — *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1865.

C. A. Dollez. — Des polypes de l'urèthre chez la femme. — *Thèse de Paris*, 1866.

L. A. Thévenon. — Des polypes de l'urèthre. — *Thèse de Paris*, 1890.

Secrétain. — Tumeur de l'orifice de l'urèthre. — *Société des Sciences médicales de Gannat*, 1870.

A. Menétrez. — Des polypes de l'urèthre chez la femme. — *Thèse de Paris*, 1874.

Gosselin. — Polype cellulo-vasculaire du méat urinaire. — *Union médicale*, Paris, 1876.

Weisgerber. — Considérations sur les polypes de l'urèthre chez la femme. — *Thèse de Paris*, 1877.

P. Bouloumié. — Polypes et excroissances de l'urèthre chez la femme. Observations. Réflexions. — *Union médicale*, Paris, 1880.

Troquart. — Tumeurs de l'urèthre chez la femme. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1886. — *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1886.

A. Jondeau. — Etude sur les tumeurs vasculaires polypoïdes du méat urinaire chez la femme. — *Thèse de Paris*, 1888.

Duplay et Reclus. — Tumeurs de l'urèthre et du méat chez la femme. — *Traité de Chirurgie*, Tome VII, 1889.

Schwartz. — Des tumeurs polypoïdes, papillaires de l'urèthre

chez la femme, — *Semaine médicale*, Paris, 1889. — *Gazette de Gynécologie*, Paris, 1889.

Guyon et Arnould. — Polype de l'urèthre, accompagné de vaginisme et de ténesme uréthral intense. Destruction du polype par le thermocautère. Guérison. — *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, Paris, 1890.

Issaurat. — Tumeur vasculaire du méat. — *Gazette de Gynécologie*, Paris, 1890.

Binaud. — Polype de l'urèthre chez une femme de 23 ans. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1892.

Villeneuve. — Polype du méat uréthral. Ablation. Hématurie. Dilatation forcée du canal vésical. Guérison. — *Marseille médical*, 1892.

Binaud et Chavannaz. — Polype muqueux de l'urèthre.— *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1896. — Polype de l'urèthre chez une femme de 23 ans. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, Bordeaux, 1896.

Reboul. — Végétations polypoïdes de l'urèthre chez la femme. — *Association française d'Urologie*, 1896.

Laurent. — Des tumeurs fibreuses juxta-uréthrales chez la femme. — *Thèse de Lyon*, 1896.

E. Repiton-Preneuf. — Contribution à l'étude des symptômes et du traitement des polypes de l'urèthre chez la femme.— *Thèse de Lyon*, 1896.

TABLE DES MATIÈRES

Imprimerie de l'Institut international de Bibliographie scientifique. — XI-1900. — N° 596.